

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-000932

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAD 164386

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMMATE Nohamane

Date de naissance : 28/12/15

Adresse : 60 GYNMER RUE 5 NE5 OASIS CASAB

Tél. : 0664962 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Nabil HATTOMA**  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
511, Bd. Al Qods, Rés. Al Qods  
Californie RDC, Appt. 1 Casablanca  
Tél: 05 22 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 32  
IN.PE. 091237200

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : EL HASNAOUI LEILA Age : 62

Lien de parents : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tendance à l'arthrose

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 19 / 06 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Réselement des Actes
17.05.2023	S		250,00	
29.05.2023	CS	9		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur

Date

Montant

17/05/23

254,408M

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre  
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

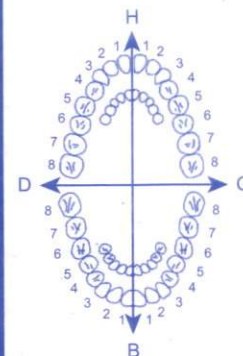
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

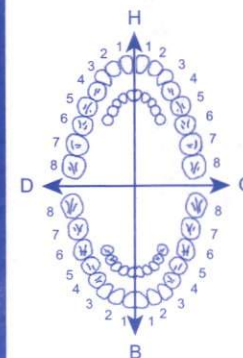
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et  
Traumatologique - Diplômé d'Arthroscopie  
(Strasbourg)

# الدكتور نبيل هطومة

إختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام و المفاصل  
جراحة المفاصل بالمنظار  
(ستراسبورغ)

Casablanca, le 17/05/2022

Mme EL HASNAOUI LEILA

KLIPAL CODEINE COMPRIME 300 MG BOITE DE 10

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

INEXIUM GR 4 COMPRIME 20 MG BOITE DE 14

1 le matin avant le repas pendant 14 jours

ISOX GELULE 200 MG BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

PROCHAIN RDV LE :

29.05.2023 à 15h - 16h

511. شارع القدس. إقامة حدائق القدس كاليفورنيا. الطابق السفلي. شقة رقم 1 (قبالة رونو داسيا) الدار البيضاء  
511, Boulevard Al Qods, Résidence Jardins Al Qods Californie, RDC, Appartement N°1 (en face Renault Dacia)  
Casablanca - Tél. : 0522 52 52 10 - GSM : 06 39 36 17 79 - E-mail : n.hattoma@gmail.com